

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 4

LES INJECTIONS INTRA VEINEUSES
D'HEXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE
DANS LE TRAITEMENT
DES RÉTENTIONS D'URINE POST PARTUM

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 7 novembre 1930

PAR

Pepo FARAGGI

EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à MONASTIR (Yougoslavie), le 15 mai 1904.

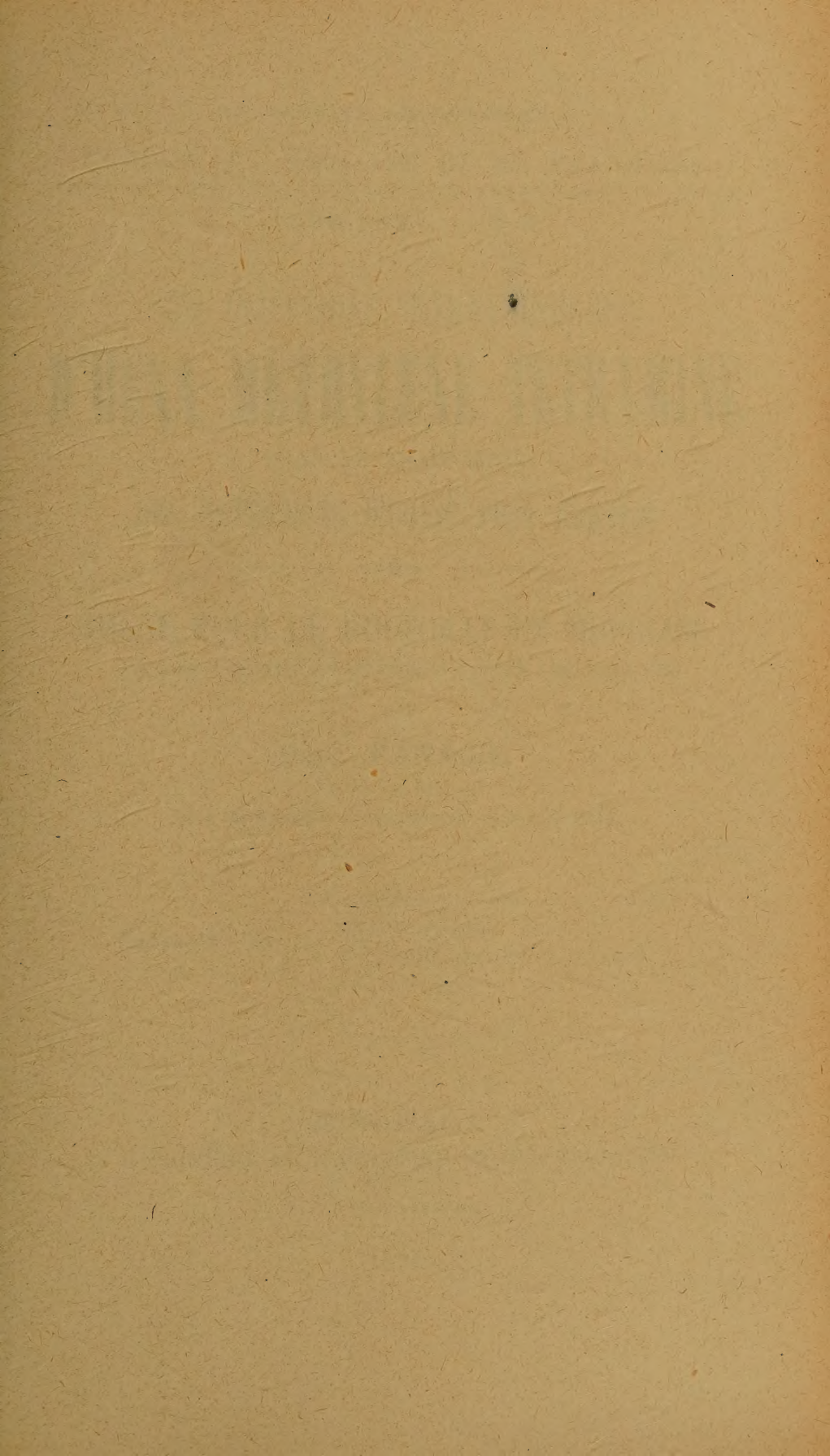
Examineurs de la Thèse	}	MM. ANDÉRODIAS, professeur . . .	<i>Président.</i>	
		GUYOT, professeur	}	
		DUVERGEY, professeur		<i>Juges.</i>
		PERY, agrégé		

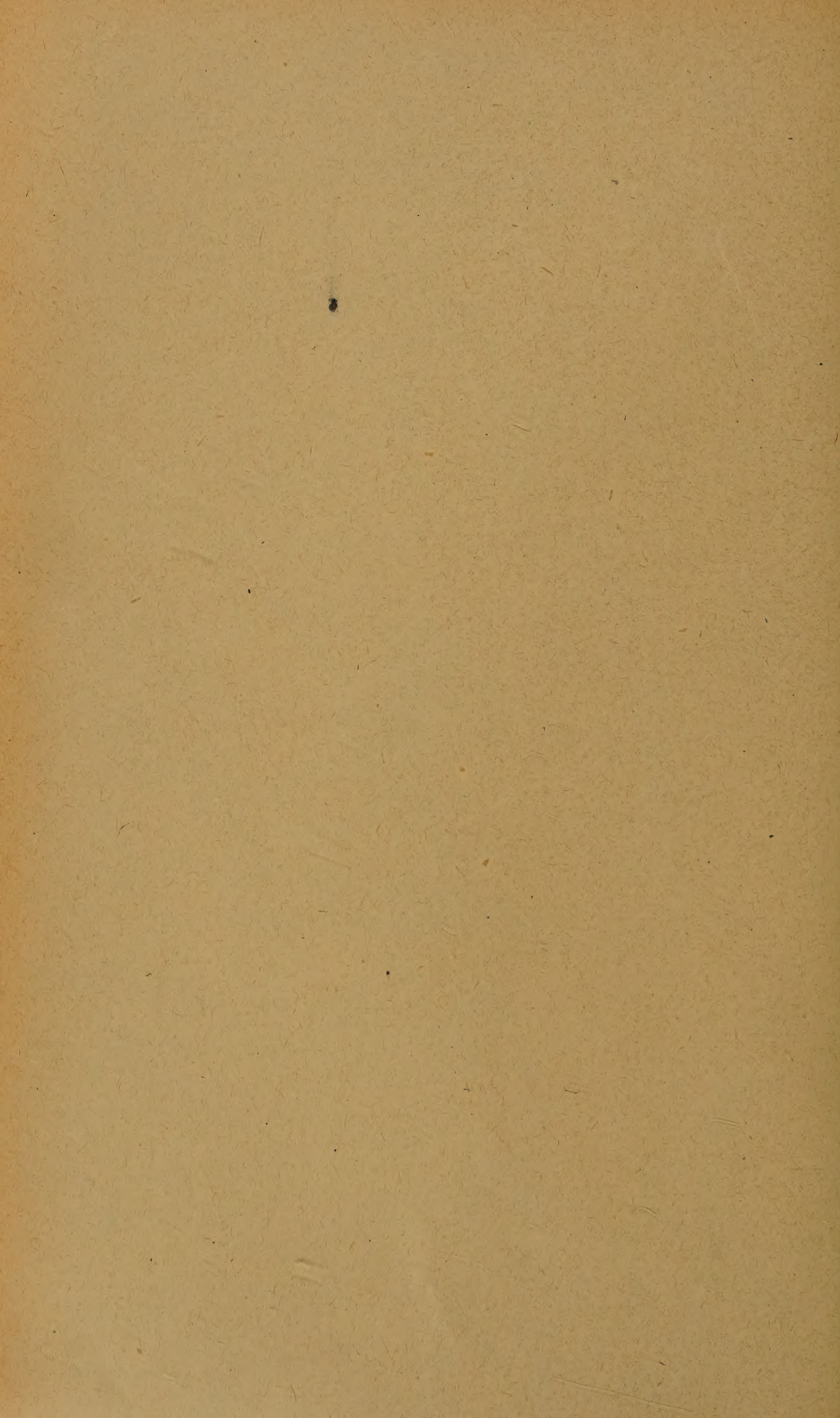
BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930





UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 4

LES INJECTIONS INTRA VEINEUSES
D'HEXA MÉTHYLÈNE TÉTRAMINE

DANS LE TRAITEMENT
DES RÉTENTIONS D'URINE POST PARTUM

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 7 novembre 1930

PAR

Pepo FARAGGI

EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à MONASTIR (Yougoslavie), le 15 mai 1904.

Examineurs de la Thèse	MM. ANDÉRODIAS, professeur ...	<i>Président.</i>
	GUYOT, professeur.....	} <i>Juges.</i>
	DUVERGEY, professeur.....	
	PERY, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX



M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	N	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	N.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. DELAUNAY (Physiologie). MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Maladies mentales.....	PERRENS.
id.....	DUFOUR.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	JEANNENEY.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	GREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	N.	id.....	N.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.....	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.....	N.
Accouchements.....	N.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	GABANNES.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidenté du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MEMOIRE DE MA SOEUR

A MA GRAND'MERE

A MON PERE, A MA MERE

A MES FRERES

AUX MIENS

A MES AMIS

A MES MAITRES DE L'HOPITAL ET DE LA FACULTE

STAGE

PROFESSEUR CRUCHET (1924-1925);
DOCTEUR CHARRIER (1924-1925).

EXTERNAT

PROFESSEUR LAGRANGE (1926);
DOCTEUR LEFEVRE (1927);
DOCTEUR RABERE (1927);
PROFESSEUR CRUCHET (1928);
DOCTEUR DENIS (1928);
DOCTEUR PERY (1929);
PROFESSEUR TEULIERES (interne intérimaire 1929);
PROFESSEUR SABRAZES (interne intérimaire 1929);
PROFESSEUR LEURET (interne intérimaire 1930).

A MONSIEUR LE DOCTEUR F. PIECHAUD.

*Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Médaille d'honneur (argent) des Epidémies.*

MON CHER MAÎTRE,

Vous avez été pour moi l'exemple de
tous les jours. Je vous exprime toute
ma gratitude pour l'intérêt et la sym-
pathie que vous m'avez témoignés.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PERY

*Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Accoucheur des Hôpitaux,
Chirurgien en chef de la Maternité,
Officier de l'Instruction publique.*

MON CHER MAÎTRE,

Je n'ai qu'à me louer de votre ensei-
gnement. Soyez remercié ici pour toutes
vos bontés à mon égard.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BALARD

*Accoucheur des Hôpitaux,
Assistant à la Maternité.*

CHER MAÎTRE,

Veuillez trouver dans ce modeste tra-
vail l'expression de mes remerciements.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDERODIAS

*Professeur de Clinique d'accouchement à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Accoucheur des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

LES INJECTIONS INTRA VEINEUSES

D'HEXAMÉTHYLENE TÉTRAMINE

DANS LE TRAITEMENT

DES RÉTENTIONS D'URINE POST PARTUM

INTRODUCTION

En 1923, le Professeur Andérodias, alors chef de service à la maternité de Pellegrin, décide d'appliquer le traitement par les injections intraveineuses d'urotropine dans les rétentions d'urine *post partum*.

Cette thérapeutique fut continuée par M. le Professeur agrégé Péry. Il nous a semblé intéressant de publier ici les résultats obtenus depuis 1923.

HISTORIQUE

La rétention d'urine *post partum* est un fait banal et anodin, qu'il survienne après un accouchement normal ou dystocique. Le danger, c'est le cathétérisme, avec ses conséquences possibles : *cystite* et, quand il est répété, *parésie vésicale prolongée*.

Avant d'envisager son traitement, passons rapidement en revue les idées en cours à l'heure actuelle sur sa pathogénie et son étiologie.

Pathogénie et étiologie.

1° PARÉSIE DU MUSCLE VÉSICAL :

a) *Motilité vésicale*. — Tous les organes creux abdominaux, après avoir été comprimés, se trouvent au large. La vessie se laisse distendre. La paroi abdominale ne reprend pas tout de suite sa tonicité.

b) *Sensibilité vésicale*. — Elle est émoussée. La vessie des femmes est, de plus, très tolérante. La rétention est indolente. La vessie ne reçoit pas d'excitation, elle ne se contracte pas. La vessie oublie qu'elle est pleine.

2° CAUSES RÉFLEXES :

Plus souvent d'origine réflexe spasmodique, due au traumatisme urétral causé par l'accouchement. Eraillures de la région vestibulo-clitoridienne, servant de point d'appui à un spasme urétral. Ces causes existent surtout après les accouchements dystociques (forcéps, siège).

Robert (Thèse Paris, 1882) fait intervenir la compression de la vessie et des plexus vésicaux pendant l'accouchement.

Rémy (*Revue médicale de l'Est*) invoque un certain degré

de torsion du col vésical, causée par l'antéversion compliquée de latérotation, plus souvent droite, qui survient après l'accouchement.

FRÉQUENCE :

Les statistiques sont très variables, et ceci est loin de nous étonner. Autrefois, une femme qui n'avait pas uriné sept à huit heures après son accouchement était considérée en état de rétention. Aussi Robert (Thèse Paris, 1882) donne la proportion d'une rétention sur sept accouchements; c'est excessif.

Aujourd'hui, on intervient plus tardivement.

Recht attend quinze heures pour les primipares, dix heures pour les multipares.

Bar, dix-huit heures.

Tarnier et Champetier de Ribes, vingt-quatre à trente-six heures.

Traitement.

Voici les principaux moyens utilisés jusqu'à ce jour.

PETITS MOYENS :

1° On fait couler de l'eau près de la parturiente;

2° On la fait asseoir, accroupir, se lever.

La position droite ou accroupie est physiologique.

Le lever mictionnel n'est nullement dangereux.

Hypophysine sous-cutanée. — L'hypophysine agit sur les muscles lisses. On injecte 1 centimètre cube. Cette méthode donne souvent de bons résultats. Une miction survient dans les heures qui suivent l'injection.

Instillations de glycérine boricuée dans la vessie (Campino). — On pratique l'instillation en vessie pleine. S'il y a une grosse rétention, on soustrait une partie du contenu vésical; on instille 10 à 20 centimètres cubes.

Cette méthode demande une asepsie parfaite : la vessie puerpérale s'infecte très facilement.

C'est une bonne méthode, peu douloureuse. On a une miction spontanée une heure après l'instillation.

Cathétérisme. — Nous avons dit plus haut que les complica-

tions du cathétérisme sont le plus souvent imputables aux cathétérismes. Autrefois on cathétérisait les accouchées à tort et à travers, on allait jusqu'à faire des cathétérismes prophylactiques aussitôt après la délivrance.

Quelles étaient ces complications?

1° L'infection : cystites puerpérales, douloureuses, très rebelles. Aussi soigneusement que l'on fasse le cathétérisme, il est difficile de ne pas entraîner des germes dans la vessie;

2° L'atonie vésicale prolongée due aux cathétérismes répétés.

On cathétérisait deux mois durant.

Traitement par l'hexaméthylène tétramine. — L'uroformine n'est pas un diurétique, mais un antidysurique agissant surtout sur l'excrétion. Le mécanisme de cette action est loin d'être élucidé; tout ce qu'on sait c'est que ce n'est pas un effet psychique.

Vogt, en 1921, fait des injections intraveineuses d'urotropine systématiquement à tous ses opérés, aussitôt après l'opération. Sur 200 opérés, aucun ne fait de la rétention.

Quak et Shevabe, en 1923, font de l'urotropine dans les rétentions d'urine postopératoires. Ils donnent les statistiques suivantes :

Opérations abdominales, 87 p. 100 de succès;

Opérations vaginales, 74 p. 100 de succès.

Wienzierl, de Prague, semble être le premier à avoir utilisé l'urotropine dans les rétentions d'urine *post partum*. Sur les 28 cas qu'il publie, il n'a aucun échec.

Starlinger emploie la même méthode chez les accouchées, mais il a 30 p. 100 d'échecs.

Ecke, de Chennitz, a 33 p. 100.

Il ne semble pas que cette méthode ait été appliquée en France avant le Professeur Andérodias. Du moins nous n'avons pas trouvé dans la littérature médicale de publications à ce sujet. Dans leur article sur le *Traitement de la rétention d'urine chez les accouchées*, Audebert et Estienny n'en parlent pas.

CONSTATATIONS SUR LA FREQUENCE DES RETENTIONS

Sur 5.643 accouchements que nous avons étudiés, nous trouvons 62 rétentions d'urine, soit une proportion de 1,1 p. 100 environ. Nous sommes loin des 15 p. 100 indiqués par Robert dans sa thèse (Paris, 1882).

Nous n'avons considéré en état de rétention que les parturientes chez lesquelles on avait essayé les petits moyens usuels et qui n'avaient pas eu une miction spontanée dans les vingt-quatre heures consécutives à leur accouchement.

Comme Robert, nous avons trouvé une plus forte proportion de rétention chez les primipares. L'âge semble aussi intervenir. Nous trouvons beaucoup plus de rétentions chez les jeunes accouchées, tant chez les primipares que chez les jeunes multipares.

Mais nous ne sommes pas du même avis quant aux variétés de position dans les présentations du sommet. Voici quelles sont nos statistiques :

Primipares, 1,5 p. 100,

Multipares, 0,8 p. 100.

Sommet :

Variétés antérieures, 1,1 p. 100;

Variétés postérieures, 0,9 p. 100;

Transverses, 1,4 p. 100.

Ce sont donc les variétés transverses qui sembleraient prédisposer le plus aux rétentions.

Influence des déchirures du périnée. — Il ne semble pas que ces lésions interviennent pour beaucoup dans l'étiologie de la rétention; la proportion est ici de 1,2 p. 100.

Accouchements dystociques. — L'intervention qui prédispose le plus, et de beaucoup, aux rétentions d'urine, c'est l'application de forceps. Là nous trouvons près de 3 p. 100 de rétention; et ceci s'explique. Plus que les déchirures du périnée, ce sont les lésions vaginales, éraillures de la région vestibulo-clitoridienne causées par l'application de forceps qui créent un état spasmodique de l'urètre. Les autres interventions obstétricales : versions par manœuvres internes, césariennes, basiotripsies, ne semblent pas influencer sur le chiffre des rétentions.

Anesthésies, rachis et chloroforme. — Pas plus que le chloroforme, la rachianesthésie n'a d'influence sur les rétentions. Sur 142 césariennes faites à la rachianesthésie, 1 seule rétention d'urine.

Pas de rétention sur 58 cas de versions par manœuvres internes, 28 cas de basiotripsies faites à l'anesthésie chloroformique.

OBSERVATIONS

Voici la technique qui a été utilisée dans les observations que nous publions.

On tentait dans chaque rétention les changements de position. Si vingt-quatre à vingt-huit heures après l'accouchement la malade n'avait pas uriné, on pratiquait une injection intraveineuse de 2 centimètres cubes d'hexaméthylène tétraminé ou urotropine en solution à 40 p. 100.

Nous avons divisé nos observations en trois groupes :

- 1° Accouchements normaux;
- 2° Accouchements normaux avec lésions périnéo-vaginales;
- 3° Accouchements dystociques : forceps, sièges, césariennes, etc.

I. — Accouchements normaux.

1° PRIMIPARES SANS LÉSION VAGINALE ET PÉRINEALE

OBSERVATION I.

1926. Obs. 483, 1-pare, 19 ans : Accouchement normal à terme. Sommet O. I. D. P. Durée du travail, 10 h. 40. Expulsion, 50 minutes; pas de lésion. Poids de l'enfant, 3 kg. 730. Rétention d'urine. La vessie remonte au niveau de l'ombilic, la malade ne peut pas uriner. Injection intraveineuse d'uroformine 28 heures après l'accouchement. Miction spontanée 2 heures après l'injection.

OBSERVATION II.

1927. Obs. 174, I-pare, 24 ans : Accouchement normal à terme. Sommet en O. I. D. P. Durée du travail, 7 heures. Périclode d'expulsion, 30 minutes. Pas de lésion. Poids de l'enfant, 2 kg. 720. 24 heures après l'accouchement, rétention d'urine. Uroformine intraveineuse. Miction 5 heures après l'injection.

OBSERVATION III.

1928. Obs. 60, I-pare, 48 ans : Accouchement normal à terme. Sommet en O. I. D. P. Durée du travail, 13 h. 30. Expulsion, 1 heure. Pas de lésion génitale. Poids de l'enfant, 2 kg. 730. Rétention d'urine. Injection intraveineuse 20 heures après l'accouchement. Miction 3 heures après l'injection.

OBSERVATION IV.

1928. Obs. 104, I-pare, 30 ans : Accouchement normal à terme. Sommet en O. I. G. A. Durée du travail, 6 h. 45. Expulsion, 1 h. 40. Pas de lésion. Poids de l'enfant, 3 kg. 300. Injection intraveineuse d'uroformine. Miction abondante 4 heures après.

OBSERVATION V.

1928. Obs. 224, I-pare, 21 ans : Accouchement normal à terme. Sommet O. I. D. T. Durée du travail, 11 h. 40. Expulsion, 2 heures. Pas de lésion. Poids de l'enfant : 3 kg. 700. Rétention d'urine. Injection d'uroformine. Miction 1 heure après l'injection.

OBSERVATION VI.

1928. Obs. 357, I-pare, 22 ans : Accouchement normal à terme. Sommet en O. I. G. T. Durée du travail, 58 h. 35. Expulsion, 20 minutes. Pas de lésion. Poids de l'enfant, 3 kg. 020. Rétention d'urine. Uroformine. Miction 1 heure après l'injection.

OBSERVATION VII.

1928. Obs. 647, I-pare, 20 ans : Accouchement normal à terme. Sommet en O. I. G. T. Durée du travail, 36 h. 55. Expulsion, 1 h. 15. Pas de lésion. Poids de l'enfant, 3 kg. 620. Rétention d'urine. Uroformine. On est obligé de sonder la malade 6 heures après l'injection.

OBSERVATION VIII.

1929. Obs. 541, I-pare, 28 ans : Accouchement prématuré, à 7 mois 1/2. Sommet en O. I. G. A. Durée du travail, 9 heures. Expulsion, 45 minutes. Pas de lésion. Poids de l'enfant, 1 kg. 150. Rétention d'urine. Uroformine. On doit sonder la malade.

OBSERVATION IX.

1929. Obs. 610, I-pare, 24 ans : Accouchement normal à terme. Sommet en O. I. G. T. Durée du travail, 5 heures. Pas de lésion. Poids de l'enfant, 2 kg. 680. Rétention d'urine. Uroformine. Miction 3 heures après l'injection.

OBSERVATION X.

Obs. 81 : Accouchement à terme. Sommet en O. I. G. A. Durée du travail, 3 h. 30. Poids de l'enfant, 3 kg. 270. Rétention d'urine. Injection d'uroformine. Miction spontanée dans les heures qui suivent.

OBSERVATION XI.

Obs. 117 : Accouchement à terme. Sommet en O. I. G. T. Durée du travail, 13 h. 20. Poids de l'enfant, 3 kg. 100. Rétention d'urine. La vessie remonte au-dessus de l'ombilic. Uroformine. Miction spontanée 1/2 heure après.

OBSERVATION XII.

Obs. 144 : Accouchement à terme. Sommet en O. I. G. A. Durée du travail, 7 heures. Poids de l'enfant, 3 kg. 300. Rétention. Uroformine. Aucun résultat. On instille 10 cc. de glycérine boriquée.

OBSERVATION XIII.

Obs. 204 : Accouchement à terme. Sommet en O. I. D. P. Poids de l'enfant, 2 kg. 700. Durée du travail, 1 h. 1/4. Rétention d'urine. On fait une injection d'uroformine amenant une miction 3 heures après.

OBSERVATION XIV.

Obs. 297 : Accouchement à terme. Sommet en O. I. G. A. Poids de l'enfant, 3 kg. 720. Durée du travail, 17 heures. On fait une injection intraveineuse d'uroformine. On obtient une miction 4 heures après.

OBSERVATION XV.

Obs. 314 : Accouchement à terme. Sommet en O. I. D. P. Poids de l'enfant, 4 kg. 850. Durée du travail, 6 h. 15. Rétention d'urine. Uroformine. Miction 1 heure après.

OBSERVATION XVI.

Obs. 386 : Accouchement à terme. Sommet en O. I. G. A. Poids de l'enfant, 2 kg. 980. Durée du travail, 19 h. 10. Rétention d'urine. On fait une injection d'uroformine. Aucun résultat. On est obligé de recourir à l'instillation de glycérine boriquée. On a une miction.

OBSERVATION XVII.

1926. Obs. 306, V-pare, 28 ans : Accouchement normal à terme. Tête en O. I. G. T. Durée du travail, 14 heures. Expulsion, 30 minutes. Dégagement en O. P. Pas de lésion. Poids de l'enfant, 2 kg. 930. Rétention d'urine. 24 heures après l'accouchement. 2 cc. d'uroformine en injection intra-veineuse. Miction spontanée 3 heures après l'injection.

OBSERVATION XVIII.

1926. Obs. 469, III-pare, 30 ans : Accouchement normal à terme. Sommet en O. I. G. A. Durée du travail, 4 h. 30. Expulsion, 5 minutes. Pas de lésion. Poids de l'enfant, 4 kg. 220. Rétention d'urine.

On sonde 3 fois la malade, puis on décide de faire de l'uroformine intraveineuse. Injection le 2 juin à 18 heures. Cathétérisme le 2 juin à 21 h. 30. Miction spontanée le 3 juin à 5 heures.

OBSERVATION XIX.

1927. Obs. 743, VI-pare, 24 ans : Accouchement normal à terme. Sommet en O. I. G. T. Durée du travail, 12 h. 45. Expulsion, 1 heure. Pas de lésion. Poids de l'enfant, 4 kg. 400. Rétention d'urine. Injection intraveineuse d'uroformine. On est obligé de sonder la malade 6 heures après l'injection.

OBSERVATION XX.

1928. Obs. , II-pare, 28 ans : Accouchement normal à terme. Tête en O. I. G. A. Durée du travail, 2 h. 45. Expulsion, 15 minutes. Pas de lésion génitale. Poids de l'enfant, 3 kg. 780. Rétention d'urine 24 heures après l'accouchement. Uroformine. Miction abondante 2 heures après l'injection.

OBSERVATION XXI.

1928. Obs. 206, II-pare, 29 ans : Accouchement normal à terme. Sommet en O. I. G. A. Durée du travail, 5 h. 30. Expulsion, 10 minutes. Pas de lésion. Poids de l'enfant, 2 kg. 960. Rétention d'urine 28 heures après l'accouchement. Injection intraveineuse d'uroformine, aucun résultat.

OBSERVATION XXII.

1928. Obs. 225, II-pare, 39 ans : Accouchement normal à terme. Sommet en O. I. G. T. Durée du travail, 9 h. 30. Expulsion, 5 minutes. Pas de lésion. Poids de l'enfant, 3 kg. 520. Rétention d'urine. Injection d'uroformine 28 heures après l'accouchement. Miction 1 heure après.

OBSERVATION XXIII.

1928. — Obs. 231, II-pare, 25 ans : Accouchement prématuré, 8 mois 1/2. Sommet en O. I. D. P. Durée du travail, 8 h. 45. Expulsion, 30 minutes. Pas de lésion. Poids de l'enfant, 3 kg. 080. Rétention d'urine. Uroformine. Miction 1 heure après l'injection.

OBSERVATION XXIV.

1928. Obs. 269, V-pare, 25 ans : Accouchement normal à terme. Sommet en O. I. G. T. Durée du travail, 2 h. 30. Expulsion, 30 minutes. Pas de lésion. Poids de l'enfant, 3 kg. 770. Rétention d'urine. Uroformine. Miction 2 heures après l'injection.

OBSERVATION XXV.

1928. Obs. 728, II-pare, 30 ans : Accouchement normal à terme. Durée du travail, 8 heures. Expulsion, 2 h. 35. Pas de lésion. Poids de l'enfant, 3 kg. 300. Rétention. Uroformine. Miction 1 heure après injection.

OBSERVATION XXVI.

1929. Obs. 480, II-pare, 30 ans : Grosseur à terme, accouchement normal. Sommet en O. I. G. A. Durée du travail 3 heures, expulsion 40 minutes, pas de lésion. Poids de l'enfant, 3 kg. 320. Rétention d'urine. Uroformine. Miction 2 heures après l'injection.

OBSERVATION XXVII.

1929. Obs. 539, II-pare, 23 ans : Accouchement prématuré à 8 mois 1/2. Sommet en O. I. G. A. Durée du travail, 3 heures. Expulsion, 15 minutes. Pas de lésion. Poids de l'enfant, 3 kg. 200. Rétention d'urine. Uroformine. Miction 2 h. 1/2 après l'injection.

OBSERVATION XXVIII.

1929. Obs. 719, II-pare, 22 ans : Accouchement normal à terme. Sommet en O. I. D. T. Durée de la période d'expulsion, 10 minutes. Pas de lésion. Poids de l'enfant, 3 kg. 400. Rétention d'urine. Uroformine. Miction 3 heures après l'injection.

OBSERVATION XXIX.

1929. Obs. 754, II-pare, 21 ans : Accouchement normal à terme. Sommet en O. I. D. P. Durée du travail, 3 h. 45. Expulsion, 25 minutes. Pas de lésion. Poids de l'enfant, 3 kg. 450. Rétention d'urine. Uroformine. Miction 2 heures après l'injection.

OBSERVATION XXX.

1929. Obs. 791, III-pare, 24 ans : Accouchement normal à terme. Durée du travail, 24 heures. Expulsion, 40 minutes. Sommet en O. I. G. P. Pas de lésion. Poids de l'enfant, 3 kg. 470. Rétention d'urine. Uroformine. Miction 1 h. 1/2 après l'injection.

OBSERVATION XXXI.

1929. Obs. 1028, II-pare, 27 ans : Accouchement normal à terme. Sommet en O. I. G. A. Durée du travail, 7 h. 30. Expulsion, 45 minutes. Pas de lésion. Poids de l'enfant, 3 kg. 400. Rétention d'urine. Uroformine. Aucun résultat.

OBSERVATION XXXII.

Obs. 83 : Accouchement à terme. II-pare. Sommet en O. I. G. A. Poids de l'enfant, 3 kg. 300. Durée du travail, 17 heures. Rétention. L'uroformine ne donne pas de résultat. On est obligé de recourir aux cathétérismes répétés pendant 10 jours.

OBSERVATION XXXIII.

Obs. 148 : Accouchement à terme. II-pare. Sommet en O. I. G. A. Poids de l'enfant, 3 kg. 300. Durée du travail, 6 heures. Rétention d'urine. On injecte de l'uroformine. Miction 3 heures après.

OBSERVATION XXXIV.

Obs. 312 : Accouchement à 7 mois. II-pare. Sommet en O. I. D. P. Poids de l'enfant, 3 kilos. Durée du travail, 8 heures. Rétention d'urine. Uroformine. Miction spontanée 1/2 heure après l'injection.

II. — Déchirures du périnée et du vagin.

1° PRIMIPARES AVEC LÉSIONS VAGINALES ET PÉRINEALES.

OBSERVATION XXXV.

1927, obs. 309, I-pare, 23 ans : Accouchement normal à terme. Sommet en O.I.G.P. Durée du travail, 26 h. 30. Période d'expulsion, 1 h. 10. Déchirure périnéale, 2 points. Poids de l'enfant, 3 kg. 650. Rétention d'urine, 24 heures après l'accouchement. Uroformine intraveineuse. Miction 1 heure après injection.

OBSERVATION XXXVI.

1927. Obs. 428, I-pare, 21 ans : Accouchement normal à terme. Sommet en O.I.G.A. Durée du travail, 12 h. 35. Expulsion, 20 minutes. Déchirure périnéale, 2 points. Poids de l'enfant, 3 kg. 400. Rétention d'urine, injection d'uroformine. Miction abondante une demi-heure après l'injection.

OBSERVATION XXXVII.

1928. Obs. 80, I-pare, 26 ans : Accouchement à terme. Sommet en O.I.G.A. Durée du travail, 4 heures. Expulsion, 45 minutes. Déchirure périnéale, 3 points de suture. Poids de l'enfant, 4 kg. 100. Rétention d'urine. Uroformine. Miction abondante 3 heures après.

OBSERVATION XXXVIII.

1928. Obs. 483, I-pare, 24 ans : Accouchement normal à terme. Sommet en O.I.G.T. Durée du travail, 6 h. 45. Expulsion, 45 minutes. Déchirure, 2 points de suture. Poids de l'enfant, 3 kg. 110. Rétention d'urine. Uroformine. Miction 1 heure après l'injection.

OBSERVATION XXXIX.

1928. Obs. 731, I-pare, 23 ans : Accouchement normal à terme. Sommet en O. I. D. T. Durée du travail, 20 h. 45. Expulsion, 1 heure. Déchirure, 3 points. Poids de l'enfant, 3 kg. 220. Rétention d'urine. Uroformine. Miction abondante 5 heures après l'injection.

OBSERVATION XL.

1929. Obs. 760, I-pare, 23 ans : Accouchement normal à terme. Sommet en O.I.G.A. Durée du travail, 6 h. 15. Déchirure étendue du périnée. Rétention d'urine. Uroformine. Miction 1 heures après. Poids de l'enfant, 3 kg. 370.

OBSERVATION XLI.

1929. Obs. 1018, I-pare, 23 ans : Accouchement normal à terme. Sommet en O.I.D.A. Durée du travail, 10 heures. Expulsion, 1 heure. Déchirure, 2 points. Poids de l'enfant, 2 kg. 950. Rétention d'urine. Uroformine. Succès.

OBSERVATION XLII.

1928. 261, I-pare, 27 ans : Grossesse à terme. Sommet en O.I.G.T. Anomalie de la dilatation. Rachi. Déchirure, 2 points. Poids de l'enfant, 2 kg. 800. Rétention d'urine. Uroformine. La malade n'urine seule que 10 jours après l'accouchement. Cathétérisme matin et soir.

OBSERVATION XLIII.

Obs. 67 : Accouchement à terme. Sommet en O.I.D.P. Poids de l'enfant, 3 kg. 480. Durée du travail, 12 heures. Eraillures de la fourchette. Rétention d'urine. Uroformine. Miction 1 heure après.

2° MULTIPARES AVEC LÉSIONS GÉNITALES.

OBSERVATION XLIV.

1927. Obs. 914, IV-pare, 32 ans : Accouchement normal à terme. Sommet en O.I.G.A. Durée du travail, 8 h. 55. Expulsion, 5 minutes. Déchirure périnéale, 1 point de suture. Poids de l'enfant : 4 kg. 050. Rétention d'urine. Injection intraveineuse d'uroformine. On doit sonder la malade 3 heures après l'injection.

III. — Accouchements dystociques.

1° PRIMIPARES. — APPLICATION DE FORCEPS.

OBSERVATION XLV.

1926. Obs. 347, I-pare, 36 ans : Accouchement prématuré à 8 mois. Sommet en O.I.D.T. Durée du travail, 3 heures. Application de forceps en O.I.D.T., 50 minutes après la dilatation complète, pour arrêt de la progression de la tête fœtale. Pas de lésion périnéale. Poids de l'enfant, 3 kg. 190. Rétention d'urine. Injection intraveineuse d'uroformine 24 heures après l'accouchement. Miction spontanée 2 h. 30 après l'injection.

OBSERVATION XLVI.

1926. Obs. 351, I-pare, 20 ans : Accouchement à terme. Sommet en O.I.G.T. Durée du travail, 18 h. 40. Application de forceps en O.I.G.T., 4 heures après la dilatation complète dégagement en

O.S. Pas de lésion. Poids de l'enfant, 3 kilos. Rétention d'urine. Injection intraveineuse d'uroformine, 24 heures après l'accouchement. Miction 30 minutes après l'injection.

OBSERVATION XLVII.

1928. Obs. 294, I-pare, 25 ans : Grossesse à terme. Sommet en O.I.G.A. Durée du travail, 26 heures. Expulsion, 1 h. 50. Forceps à la vulve pour souffrance fœtale. Pas de lésion. Poids de l'enfant, 2 kg. 590. Rétention d'urine. Uroformine. Miction 4 heures après l'injection.

OBSERVATION XLVIII.

1929. Obs. 960, I-pare, 28 ans : Grossesse à terme. Sommet en O.I.G.T. Forceps pour souffrance fœtale. Pas de lésion. Poids de l'enfant, 3 kg. 250. Rétention d'urine. Uroformine. Miction 6 heures après l'injection.

OBSERVATION XLIX.

1927. Obs. 168, I-pare, 27 ans : Grossesse à terme. Sommet en O.I.D.T. Durée du travail, 29 heures. Forceps en O.I.D.T., 3 heures après la dilatation complète. Episiotomie. 1 point de suture. Poids de l'enfant, 3 kg. 250. 24 heures après l'accouchement, injection d'uroformine pour rétention d'urine. A 21 h. 30, la malade n'a pas encore uriné. Cathétérisme et injection dans la vessie de 10 cc. de glycérine boratée. La malade n'urine seule que 3 jours après l'accouchement.

OBSERVATION L.

1928. Obs. 645, I-pare, 28 ans : Grossesse à terme. Sommet en O.I.D.P. Durée du travail, 18 h. 25. Forceps en O.I.D.T., 1 h. 30 après la dilatation complète. Souffrance fœtale. Déchirure, 2 points. Poids de l'enfant, 3 kg. 150. Rétention d'urine. Uroformine. On doit sonder la malade 6 heures après l'injection.

OBSERVATION LI.

1928. Obs. 377, I-pare, 24 ans : Grossesse à terme. Sommet en O.I.G.T. Durée du travail, 23 h. 30. Forceps en G.T., 1 heure

après la dilatation complète. Déchirure, 1 point. Poids de l'enfant, 2 kg. 880. Rétention d'urine. Uroformine. On est obligé de sonder la malade 2 heures après l'injection.

OBSERVATION LII.

1929. Obs. 739, I-pare, 22 ans : Grossesse à terme. Sommet en O.I.D.P. Durée du travail, 20 h. 50. Forceps, 1 point de suture. Poids de l'enfant : 3 kg. 600. Rétention d'urine. Uroformine. Miction 1 heure après l'injection.

OBSERVATION LIII.

1930. Obs. 5 mai, I-pare, 23 ans : Grossesse à terme. Sommet en D.P. Durée du travail, 5 h. 30. Forceps dans l'excavation. 2 points de suture. Poids de l'enfant, 3 kg. 500. Rétention d'urine. Uroformine intraveineuse. Miction 2 h. 30 après l'injection.

OBSERVATION LIV.

1928. Obs. 718, I-pare, 28 ans : Grossesse à terme. Sommet en O.I.G.A. Rachi pour terminer la dilatation. Forceps pour souffrance fœtale. Episiotomie. Poids de l'enfant, 3 kg. 200. Rétention d'urine, 24 heures après accouchement. Le 1^{er} septembre, uroformine. Miction abondante 1 h. 30 après l'injection. Le 2 septembre, à 13 heures, la malade n'urinant pas seule, on refait une piqûre d'uroformine. Miction abondante 1 heure après.

OBSERVATION LV.

Obs. 56 : Accouchement à terme. Sommet en O.I.D.A. Forceps. Episiotomie. Poids de l'enfant, 3 kg. 500. Durée du travail, 10 heures. Injection d'uroformine. Miction spontanée 3 heures après.

OBSERVATION LVI.

Obs. 130 : Accouchement à terme. I-pare. Sommet en O.I.G.P. Forceps. Durée du travail, 28 heures. Poids de l'enfant, 3 kg. 360. Rétention d'urine. Uroformine. Echec. On fait une instillation de glycérine boriquée dans la vessie. On a une miction.

OBSERVATION LVII.

Obs. 205. : Accouchement à terme. I-pare. Sommet en O.I.G.T. Forceps. Durée du travail, 17 heures. Poids de l'enfant, 3 kg. 045. Rétention d'urine. Injection d'uroformine. Miction spontanée une demi-heure après.

OBSERVATION LVIII.

Obs. 323 : Accouchement à terme. I-pare. Sommet en O.I.D.T. Forceps. Episiotomie. Poids de l'enfant, 2 kg. 820. Durée du travail, 15 heures. Rétention d'urine. Uroformine. Miction spontanée une demi-heure après. Le lendemain soir, la parturiente n'ayant pas uriné, on fait une deuxième injection d'uroformine; on a une miction.

2° MULTIPARES. — APPLICATIONS DE FORCEPS.

OBSERVATION LIX.

1927. Obs. 280, II-pare, 27 ans : Accouchement prématuré à 8 mois 1/2. Sommet en O.I.G.A. Durée du travail, 19 h. 15. Forceps en O.I.G.A., 2 h. 30 après la dilatation complète. Episiotomie. 1 point de suture. Poids de l'enfant, 3 kg. 650. Rétention d'urine. Injection d'uroformine. Miction 5 heures après l'injection.

OBSERVATION LX.

1928. Obs. 353, III-pare, 38 ans : Accouchement prématuré à 8 mois. Sommet en O.I.D.P. Durée du travail, 2 heures. Forceps en O.P., 1 h. 10 après la dilatation complète. Fatigue extrême de la malade. Point de suture. Poids de l'enfant, 1 kg. 960. Rétention d'urine. Uroformine. Miction 1 h. 30 après l'injection.

OBSERVATION LXI.

1926. Obs. 327, III-pare, 36 ans : Grossesse à terme. Sommet en O.I.D.T. Durée du travail, 32 h. 30. Forceps en O.P. au D.I. pour

souffrance fœtale. Pas de lésion consécutive à l'accouchement. Poids de l'enfant, 3 kg. 680. Rétention d'urine. Injection intraveineuse d'uroformine 24 heures après l'accouchement. Miction spontanée, mais peu abondante, 1 h. 15 après l'injection. Miction très abondante 2 heures après la première.

3° MULTIPARES. — SIEGES COMPLETS AVEC LESIONS PERINEALES.

OBSERVATION LXII.

1926. Obs. 503, III-pare, 25 ans : Grossesse à terme. Siège complet en S.I.D.P. Durée du travail, 5 h. 30. On extrait le siège pour inertie utérine. Déchirure périnéale. 2 points de suture aux crins de Florence. Poids de l'enfant, 3 kg. 020. Rétention d'urine 24 heures après l'accouchement. Uroformine intraveineuse. Miction abondante 2 heures après l'injection.

4° PRIMIPARE. — CESARIENNE.

OBSERVATION LXIII.

Primipare à terme. Césarienne suprasymphysaire. Rétention d'urine. Uroformine. Aucun résultat. On est obligé de recourir à la glycérine boriquée.

CONCLUSIONS

Envisageons les résultats obtenus :

Sur 63 rétentions d'urine traitées, après l'échec des petits moyens et vingt-quatre heures au moins après l'accouchement, par l'injection intraveineuse de 2 centimètres cubes d'uroformine, nous avons eu 49 résultats positifs. On a obtenu non seulement une miction spontanée, mais un rétablissement parfait du fonctionnement vésical.

Dans deux cas seulement il a fallu faire une seconde injection. Celle-ci a été suivie d'une miction spontanée. Les jours suivants, les parturientes ont uriné seules.

Les 14 échecs intéressent surtout les multipares et les applications de forceps avec lésions périnéales et vaginales.

Cette méthode simple, pratique, nous a donné plus de 75 p. 100 de résultats positifs. Employée à petites doses, l'uroformine ne nous a jamais procuré d'accidents. Son grand avantage, à notre point de vue, est d'éviter le cathétérisme, avec ses complications infectieuses si fréquentes.

VU : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON À IMPRIMER :

Le Président,

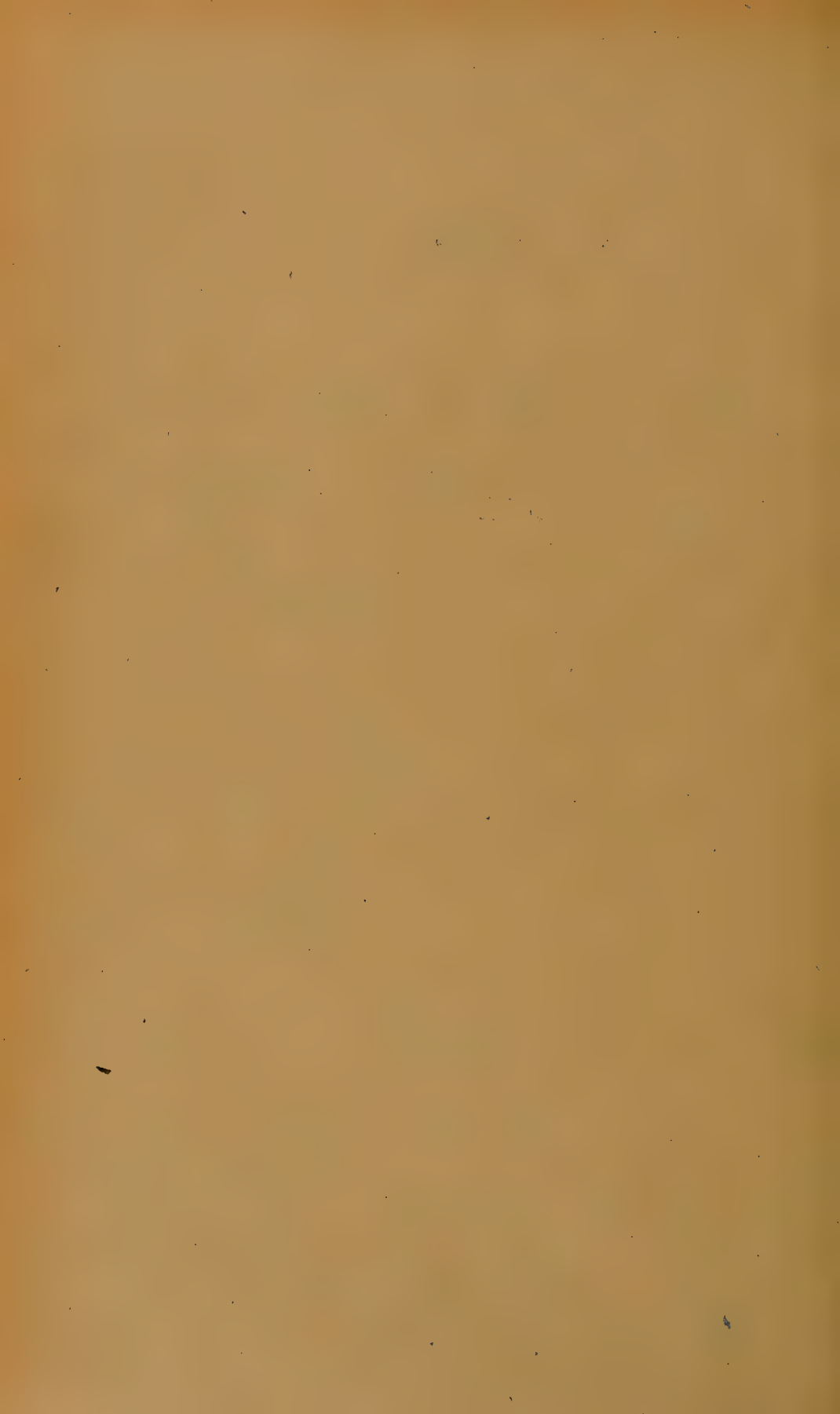
J. ANDERODIAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 28 octobre 1930.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.



BIBLIOGRAPHIE

- LE FUR. — La rétention d'urine pendant la grossesse et après l'accouchement. Thèse Paris, 1862.
- RÉMY. — Rétention d'urine chez les accouchées. *Revue médicale de l'Est*, Nancy, 1895.
- ROBERT. — Contribution à l'étude de la rétention d'urine chez les accouchées. Thèse Paris, 1882.
- RACHT. — Thèse Paris, 1894.
- VOGT (E.). — Die Bekämpfung der post operativen urin verhaltung durch intra-venose urotropine. *Zentralblatt für gynäkologie*, 10 décembre 1921.
- GOETZ. — *Zentralblatt für gynäkologie*, 24 février 1923.
- QUACK. — *Zentralblatt für gynäkologie*, 15 décembre 1923.
- PASCH. — *Zentralblatt für gynäkologie*, mars 1924.
- WIENZIERL. — *Zentralblatt für gynäkologie*, 9 avril 1924, p. 1741.
- ECKE. — *Zentralblatt für gynäkologie*, 9 avril 1924, p. 1746.
- SCHWABE. — *Zentralblatt für gynäkologie*, 9 avril 1924, p. 1749.
les accouchées. *Sud médical et chirurgical*, 16 mars 1929.

